

Travail du Service de Monsieur le Professeur Agrégé Sézary
à l'hôpital Saint-Louis

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

545

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René BÉDOUCHA

Né à Tunis, le 2 juillet 1906
Médecin Colonial de l'Université de Paris
Médecin-Sanitaire maritime

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT
DES
KYSTES SÉBACÉS

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

Travail du Service de Monsieur le Professeur Agrégé Sézary
à l'hôpital Saint-Louis

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René BÉDOUCHA

Né à Tunis, le 2 juillet 1906
Médecin Colonial de l'Université de Paris
Médecin Sanitaire maritime

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DES

KYSTES SÉBACÉS

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARE.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N. Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DEBRÉ Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 FIESSINGER .. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MATHIEU Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
WEIL-HALLÉ.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

*Votre exemple sera mon meilleur
guide dans la vie.*

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

*Qu'une mort prématurée a ravi à
notre affection.*

A MON FRÈRE

Le Pharmacien de 1^{re} classe J. G. BÉDOUCHA

Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse

*En témoignage de mon affection
profonde et de ma reconnaissance
sans borne.*

A MON FRÈRE ANDRÉ

A MA NIÈCE JACQUELINE

A MES ONCLES, A MES TANTES

En faible témoignage de ma reconnaissance.

A MAITRE SLAMA

Avocat au barreau de Tunis

En témoignage de l'affectueuse attention et des conseils éclairés que vous avez bien voulu nous donner.

A TOUS LES MIENS, A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qu'il veuille bien trouver ici nos
remerciements respectueux et re-
connaissants pour le grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la pré-
sidence de notre thèse.*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉZARY

Officier de la Légion d'honneur

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé dans son élaboration.

Qu'il veuille bien nous permettre de le remercier ici de sa bienveillance, de lui exprimer toute notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a porté et l'assurer de notre entier et respectueux dévouement.

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET
DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR SABOURAUD

Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de notre très profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. DUCOURTROUX

Médecin de l'hôpital de M. H. de Rothschild
Assistant de l'Hôpital Saint-Louis

En témoignage de son amicale collaboration et pour tous les conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner.

A TOUS MES CAMARADES DE LA FACULTÉ
ET DE L'HOPITAL

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT
DES
KYSTES SÉBACÉS

INTRODUCTION

Suivant l'opinion classique, les kystes sébacés sont dus à la distension d'une glande sébacée par les produits de sa sécrétion ; tumeur par rétention, telle était la conclusion donnée et défendue par ces auteurs. En, effet il existe quelques cas où l'on doit accepter cette étiologie et Bøenhave a bien étudié cette variété de kystes par rétention et dilatation.

Depuis l'important travail de Francke en 1887, cette conception simpliste doit être modifiée. Déjà quelques auteurs avaient montré l'existence d'une autre variété de kystes plus nombreux et plus fréquemment rencontrés, engendrés par l'enclavement de bourgeons épidermiques.

Paget, Hischel, Weber, Ebstein furent les premiers à isoler ce groupe si important de kystes où l'origine n'est point dans l'appareil pilo-sébacé. Plus tard, l'étude capitale de Francke, basée sur l'analyse histologique de dix-sept cas, établit la disparition du canal excréteur et de la glande sébacée elle-

même, et la constatation non moins constante de bourgeons épidermiques.

Aussi, dans notre thèse, nous a-t-il paru intéressant d'en consacrer la première partie à l'examen et à l'analyse de cette nouvelle pathogénie des kystes sébacés. Nous n'avons pas la prétention dans ce modeste travail d'innover quoi que ce soit, ni de combler des lacunes. Mais il nous a paru utile de faire un résumé, une synthèse à la faveur de nombreux travaux isolés sur la question, et pour ce faire nous nous sommes efforcés de rassembler le maximum de précision dans des chapitres bien autonomes.

Le traitement des kystes sébacés occupera la partie principale de notre étude. En effet, le nombre des procédés opératoires préconisés par les différents auteurs est considérable, mais les conclusions sont trop souvent mal précisées et laissent au lecteur le soin de choisir entre de nombreuses alternatives. Les kystes sébacés et leur traitement ont toute une littérature et les médecins connaissent bien les loupes et sont souvent consultés pour cette dermatose visible inesthétique et déplaisante.

Ainsi donc le but que nous nous proposons dans cette étude est d'examiner les différentes techniques opératoires, leurs avantages et leurs inconvénients, leur indication dans tel cas précis ; de bien souligner parmi les méthodes barbares et inélégantes souvent, celle qui nous paraît devoir être la plus intéressante pour permettre aux dermatologistes pro-

fessionnels ou occasionnels le moyen d'agir, de bien agir et de réussir à débarrasser pour toujours le malade de son infirmité avec un résultat esthétique parfait.

Enfin, dans une courte conclusion nous condenserons cette étude en essayant d'en souligner les points importants.

I. — SYMPTOMATOLOGIE

Les kystes sébacés sont des tumeurs de grandeur variable, à l'intérieur desquelles s'accumulent progressivement une matière liquide plus ou moins épaisse, entourée d'une membrane distincte d'elle et formant poche.

Les kystes sébacés sont souvent multiples et il est bien rare de n'en rencontrer qu'un seul. Dans une de nos observations nous présentons le cas d'une malade dont les téguments du tronc, du cou et des membres supérieurs sont bosselés par d'innombrables tumeurs saillantes et dont l'aspect général est à première vue celui d'une maladie de Recklinghausen. Il est également intéressant d'en rapprocher l'observation de MM. Terreira et Garaude parue dans le *Brazil Medical* de décembre 1926. Dans ces deux cas, de diagnostic plus difficile, les auteurs ont décrit l'évolution progressive et indolore de ces nodules. Après une période d'augmentation les tumeurs se stabilisent et n'ont aucune tendance à la régression. Certaines mêmes se mettent rapidement à augmenter de volume ; la peau qui les recouvre s'amincit, rougit et finit par

livrer passage à un liquide sirupeux, jaune, qui s'écoule à travers un petit pertuis et rapidement une cicatrice remplace la lésion.

Le siège de prédilection au cuir chevelu, à la face, au scrotum, aux épaules a la valeur d'un symptôme ; mais on peut aussi les rencontrer sur toute la surface cutanée, sauf la paume des mains et la plante des pieds.

Le kyste débute par une petite saillie plate qui sur la nuque et le corps demeure intradermique, étalée en large lentille ; au cuir chevelu il se développe plutôt dans le tissu sous-cutané, devient plus mobile et se présente sous la forme d'une tumeur hémisphérique, régulière, de volume variable, distendant la peau qui reste normale. A la partie culminante on trouve parfois un point noir qui est l'orifice élargi du canal excréteur rempli de cellules épidermiques pigmentées. En pressant sur ce centre on arrive assez souvent à en exprimer sous forme d'un petit vermicelle blanchâtre, le contenu sébacé qui se moule en sortant par l'étroit orifice.

La consistance est variable selon le contenu, tantôt molle, fluctuante, tantôt pâteuse, tantôt résistante.

Le contenu de ces kystes est opaque et constitué en majeure partie par des cellules épidermiques plus ou moins kératinisées provenant du revêtement interne. On y trouve également de la graisse, produit direct de l'évolution des cellules épidermiques,

des cristaux d'acides gras, des savons, de la cholestine, parfois des grumeaux calcaires.

Le contenu est d'aspect variable : tantôt c'est une bouillie blanchâtre grasse, analogue au sébum, ou plus épaisse et ressemblant au mastic, tantôt ressemblant à du miel, kystes mélicériques, tantôt à des paillettes de mica pulvérisées, kystes cholesteatomateux.

L'indolence est complète et les signes fonctionnels nuls ; le kyste sébacé serait essentiellement bénin si deux complications ne pouvaient l'aggraver :

a) *La suppuration* : qui provient souvent d'une excoriation de l'épiderme ; la peau rougit, le kyste devient douloureux et bientôt il laisse s'écouler un liquide d'odeur infecte. Le kyste se fistulise alors et la suppuration persiste tant que toute la poche n'est pas éliminée. Cette élimination est un mode de guérison quand elle a lieu. Dans certains cas il se produit des poussées subaiguës n'aboutissant pas à la fistulisation ; ce mode d'évolution est défavorable car il détermine la production d'adhérences pouvant rendre l'exérèse plus délicate.

b) *La dégénérescence épithéliomateuse* : très rare. L'examen histologique montre qu'il s'agit tantôt d'épithélioma spino-cellulaire, tantôt cuto-cellulaire particulier ; mais dans tous les cas observés la malignité est certaine.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La paroi du kyste sébacé peu épaisse est formée par la paroi de la glande légèrement hypertrophiée, tapissée à son intérieur par un épithélium stratifié dont les couches centrales subissent au fur et à mesure la dégénérescence granulo-graisseuse pour former le contenu du kyste.

III. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les frottements répétés, les irritations continues, la malpropreté y prédisposent en favorisant l'oblitération du canal d'une glande ou de l'orifice d'un follicule pileux. D'autre part il est intéressant de souligner le caractère héréditaire de ces kystes sébacés. Il semble donc qu'il y ait à accuser bien plus qu'une irritation locale ; il existe là un caractère particulièrement transmissible chez des individus irritables et nerveux.

Selon l'opinion classique les kystes sébacés sont dus à la distension d'une glande sébacée par les produits de sa sécrétion. Ainsi donc dès qu'une glande ne peut évacuer ses produits à l'extérieur, elle se distend et ses parois forment une poche à la matière sébacée secrétée d'une façon continue par

l'épithélium ; on ne peut évidemment pas nier l'existence de ces kystes par rétention et dilatation mais il faut avouer leur rareté et l'expulsion peu satisfaisante pour l'esprit que fournit cette théorie.

Aussi faut-il admettre devant cette théorie un peu simpliste, l'existence plus importante d'une autre variété de kystes dont l'origine n'est point dans l'appareil pilo-sébacé mais dans l'inclusion de bourgeois épidermiques, restes inutilisés des bourgeois qui normalement doivent donner naissance aux glandes sébacées. Alors que dans les kystes épidermoïdes l'inclusion serait acquise, dans ces cas au contraire elle serait congénitale. Cette conception expliquerait mieux le caractère héréditaire de ces tumeurs. Cette théorie paraît d'autant plus satisfaisante puisque d'après l'étude capitale de Trancke basée sur l'analyse histologique de 17 cas il fut établie la disparition rapide de la glande elle-même.

TRAITEMENT

Le nombre des procédés opératoires préconisés par les différents auteurs est considérable; mais il est regrettable de constater que pour une intervention aussi courante et aussi simple ce sont en général les mauvais procédés qui sont utilisés le plus fréquemment, d'autre part, les meilleures techniques sont demeurées imprécises entre les mains de leurs auteurs de telle façon que le praticien est souvent embarrassé pour choisir entre ces nombreuses alternatives.

Nous ne retiendrons dans le nombre que quatre techniques principales en éliminant pour ne pas les décrire celles que nous concevons comme trop longues, inélégantes ou inesthétiques. Nous nous efforcerons dans la mesure du possible de donner des descriptions avec le maximum de précision, d'indiquer les cas optimum, les avantages, les inconvénients, tout en insistant sur le résultat esthétique obtenu.

Voilà en effet un facteur très important.

Bon nombre de malades ont déjà subi une première intervention avec un résultat esthétique mau-

vais et insisteront tout particulièrement sur la cicatrice qui résultera de votre intervention, certains mêmes devant l'indécision, ou l'inexpérience du médecin se décideront à garder leur malformation. Aussi nous a-t-il paru important d'insister sur ce point.

Quelles sont donc les différentes techniques ? Quatre principales retiendront seulement notre attention :

- 1^o Procédé chirurgical.
- 2^o Electrolise.
- 3^o Injection intra-kystique de Xylol.
- 4^o Technique du Dr Sabouraud.

Quel que soit le procédé employé un point domine la question — la cure radicale du kyste en dépend — il est donc utile d'y penser.

Nous avons montré dans la première partie de ce travail que la cavité kystique est entourée d'une enveloppe, de consistance semi-cartilagineuse, légèrement hypertrophiée, tapissée à son intérieur par un épithélium stratifié pavimenteux, dont les couches les plus internes sont aplaties et formées de cellules cornées.

C'est elle qu'il faut enlever car c'est elle qui fatigue et renouvelle son contenu.

La nature de cette enveloppe est telle que sa réaction est impossible. N'attendez donc pas qu'elle se ride, se flétrisse ou soit évacuée. Cela n'arrivera presque jamais. Bien au contraire, après une intervention un peu timide le kyste évacué reprendra ses

dimensions premières et sera même souvent suivi de l'éclosion d'une série de petites tumeurs kystiques de voisinage comme si quelque prédisposition préexistait qui n'attendait qu'une occasion pour se manifester.

A. — **Procédé chirurgical.**

L'extirpation chirurgicale de la poche kystique peut être pratiquée de la façon suivante :

Anesthésie locale à la novocaïne à 2% en faisant d'abord une injection traçante intra-dermique. On injecte ensuite de la solution entre la peau et la tumeur et, dans le tissu cellulaire sous-jacent à elle. On incise sur la ligne où l'on a fait l'injection traçante. On libère avec précaution les deux lèvres de la plaie et on énuclée la petite tumeur ; deux à trois points de suture rapprocheront les bords de l'incision.

C'est une opération simple et à la portée de tous, cependant elle exige une anesthésie locale soignée, une instrumentation véritable, un rasage de poils s'il s'agit d'une loupe du cuir chevelu, un pansement aseptique.

Bref, c'est une petite opération, et quand il y a plusieurs kystes à enlever, ce qui est fréquent à la tête, voilà un malade enveloppé de bandes pendant quelques jours et obligé ensuite de se cacher pendant le temps nécessaire à la repousse des cheveux.

Ce n'est donc plus une opération qu'il faut subir mais plusieurs.

Or ces arguments, même si le sujet mal averti ne

les présente pas au médecin, le médecin ne doit pas omettre de les présenter au malade sous peine de récriminations nombreuses et justifiées.

Quelles sont donc les indications de ce procédé ? Dans les cas de kyste sébacé volumineux et unique :

Observation VII d'un volumineux kyste de la région occipitale

également indiqué dans certains kystes mal situés.

Nous avons rapporté dans l'observation VIII d'un kyste sébacé de la glande de Bartholin avec exérèse totale de ce kyste située dans une région fortement vascularisée.

Observation VI, kyste sébacé du prépuce.

B. — Destruction des kystes sébacés par électrolyse.

« Aucun procédé ne vaut l'électrolyse (Saidmann et J. Meyer). En effet, l'aiguille qui transfixe un kyste traverse des tissus différents, les uns secs et qui résistent au courant, les autres spongieux et qui résistent moins. Par suite, la presque totalité de l'action électrique se manifeste au niveau de la poche kystique et la peau est à peine altérée. Nous appliquons indifféremment l'électrolyse à toute collection accessible. La technique en est simple :

« Anesthésie locale le moins possible et sans jamais infiltrer la peau de novocaïne ; en effet, une fois infiltrée, elle résiste moins au courant et l'es-

« carre au point piqué est bien plus grande. A la
« rigueur, un jet de chlorure d'éthyle avant de piquer.
« L'électrode négative est une aiguille fine en acier ou
« en nickel. L'électrode positive est constituée par
« une large lame spongieuse, imbibée d'eau salée, qui
« repose sur une plaque métallique; le sujet y appuie
« sa main.

« Le courant est aussi intense que possible : 3 à
« 5 milliampères, et passe pendant 2 à 5 minutes. Il
« est difficile de préciser le nombre de milliampères
« nécessaires, mieux vaut prévoir une deuxième séance
« quinze jours plus tard si la première est insuffi-
« sante que d'électrolyser un peu fort. Comme point
« de repaire un kyste gros comme un noyau de cerise
« et qui paraît bien plus gros à travers la peau, exige
« une dizaine de milliminutes. Après la séance, les
« applications d'eau-de-vie camphrée ou de pommade
« au peroxyde de zinc à 5 % suffisent. Exceptionnel-
« lement on peut placer des compresses humides
« pendant quelques heures en cas d'inflammation
« réactionnelle trop vive. Le kyste gonfle pendant
« deux jours, vers le 10^e il n'en reste qu'un noyau
« induré minuscule, invisible, et qui généralement
« persistera sans modification. Quelques-uns se résor-
« bent ».

Ainsi donc voilà un procédé élégant, efficace,
mais, reconnaissons-le, qui demande un appareillage
et une technique spéciale et qui évidemment ne
peut se recommander au médecin praticien ou au
dermatologiste occasionnel.

C. — **Traitement radical par injection intra-kystique de xylol.**

L'introduction de substance modificatrice à l'intérieur de collections kystiques est une idée assez ancienne. Différents liquides ont été employés avec des résultats variables et des réactions inflammatoires souvent désagréables. Les injections de xylol nous ont paru efficaces ; nous nous'y arrêterons donc, tout en mentionnant les remarquables travaux du médecin major Suldey sur la question.

L'emploi du Xylol permet d'obtenir la disparition radicale des kystes sébacés ; en effet le xylol injecté en petites quantités dans la poche, possède à la fois les propriétés suivantes :

- a) Un pouvoir dissolvant immédiat sur son contenu, qu'il soit dur et stéatomateux, mou et mélicérique, liquide et huileux ;
- b) Une action destructive sur l'assise épithéliale génératrice ;
- c) Une propriété légèrement irritatrice sur la paroi conjonctive.

Quelle est donc cette technique ?

Après asepsie préalable et anesthésie facultative au chlorure d'éthyle :

1^o Incision de un centimètre environ au bistouri et ponction de la poche ;

2^o Avec une seringue de Luer préalablement

chargée de liquide et dont l'embout est enfoncé dans l'orifice de ponction, injecter suivant le volume de la tumeur de quelques gouttes à 2 cmc., en coaptant étroitement la seringue sur les lèvres de l'incision afin d'éviter tout reflux du liquide et attendre 2 ou 3 minutes ;

3° Enlever la seringue puis exprimer avec soin la poche pour la vider entièrement de son contenu ramolli et liquéfié ;

4° Injecter de nouveau quelques gouttes de xylol pour bien compléter le nettoyage. Après cette dernière manœuvre, le kyste doit être complètement vide et applati.

5° Enfin pansement compressif chaud et humide.

La réaction inflammatoire, assez vive, du reste calmée par les applications chaudes, dure 2 à 4 jours pendant lesquels il faut surveiller le malade car il est nécessaire d'empêcher la fermeture précoce de l'orifice de ponction et de favoriser la sortie de l'exsudat séro-sanguinolent mêlé des résidus de la paroi-stéatogène qui distendrait la poche.

Un pansement compressif est alors maintenu pendant huit à quinze jours, les parois du kyste s'accroissent, le résultat esthétique est bon.

Aucune complication, aucune récurrence.

D. — Technique opératoire du D^r Sabouraud.

Voici à notre avis une technique simple et presque médicale pour opérer les kystes sébacés, qui

s'adresse spécialement au praticien, lui donnant le moyen d'agir, et de bien agir, et de réussir à débarrasser pour toujours le malade de son infirmité, sans inconvénients et avec le minimum de soucis et de peine.

L'outillage de l'opérateur est celui qui ne manque à aucun praticien, un thermocautère, une sonde cannelée, une spatule, la vieille stapule à cérat du temps jadis. L'arsenal thérapeutique est encore des plus simples : des pinceaux d'ouate et de la teinture d'iode.

Ceci dit, quelle est cette technique opératoire ?

PREMIER TEMPS. — *Ouverture.*

« Avec la pointe mousse du thermocautère chauffée au rouge mais modérément pour éviter toute
« émission sanguine, on fait en plein milieu de la
« tumeur une incision dont la longueur égale environ la moitié du diamètre apparent du kyste ;
« remarquez qu'il ne s'agit nullement d'ouvrir la
« poche, bien au contraire, mais d'ouvrir la peau au
« devant d'elle. Et cela est extrêmement facile, car
« la coque du kyste est si dure que le thermocautère
« s'arrête à sa surface, et à moins qu'on insiste ou
« qu'on appuie, ne l'ouvre pas.

Cette incision sur une peau normale est très peu douloureuse. Si la peau est amincie au devant du kyste la douleur est encore moindre.

Supposons que par maladresse le kyste soit ouvert ; l'incident est sans importance et le reste

de l'opération en sera à peine gêné, mais il vaut mieux ne pas l'ouvrir.

DEUXIÈME TEMPS. — *Décollement.*

Abandonnant alors son cautère, l'opérateur prend la sonde cannelée, et, faisant bâiller entre ces deux doigts l'ouverture qu'il vient de faire, il introduit doucement la sonde entre la poche et la peau. Puis par des mouvements de discision et de décollement, il élargit le trou qu'il vient de faire, et peu à peu il fait le tour de la poche en décollant de la peau tout son hémisphère supérieur et cela le plus complètement, le plus régulièrement et le plus profondément possible.

Jamais il ne s'écoule de sang si l'opération est bien faite, à peine une trace de sérosité sanglante.

Laissant alors la sonde cannelée, l'opérateur prend en main la spatule en se servant de sa petite extrémité faite en cuiller. Il l'insinue dans la rainure du décollement déjà pratiqué et point par point il refoule le kyste en masse vers le point opposé. Ce mouvement continue l'œuvre de la sonde cannelée. La main sent très bien se rompre les adhérences de la poche dans la profondeur. Ainsi en une minute le kyste se trouve partout dégagé des tissus voisins.

Notez d'ailleurs que si l'opérateur n'a pas de spatule dont le type est ancien et démodé, il se servira de la petite curette fenêtrée en forme de cuiller de Besnier ou de tout instrument de forme analogue dont les bords ne soient pas tranchants, le tout est

de procéder lentement pour rompre les adhérences sans crever la poche kystique.

TROISIÈME TEMPS. — *Avulsion.*

Le décollement du kyste étant ainsi presque achevé, l'opérateur conduisant sa cuiller jusqu'au dessous du kyste et produisant une poussée au-dessous de lui le soulèvera vers l'orifice qu'il franchira peu à peu grâce à son élasticité qui rappelle celle d'une balle de caoutchouc.

Et c'est seulement quand le kyste sera à demi hors de la peau qu'on le saisira entre deux doigts le conduisant par des tractions ménagées à son expulsion.

Toute pince déchire, les doigts valent mieux qu'elle. Le kyste sort en entier encore clos.

Le pansement sera des plus simples, la cavité laissée par le kyste est vide, il n'y a pas de sang ou deux à trois gouttes de sérosité sanglante. On prend alors un pinceau largement imbibé de teinture d'iode, on écouvillonne avec soin la cavité, on badigeonne de même son orifice et l'opération est terminée.

Badigeonnage de teinture d'iode tous les 2 jours. La cicatrice qui persistera sera à peine large et longue comme un trait d'ongle, pas plus pour un kyste gros comme une petite noix.

Il ne faut pas oublier que ce kyste est d'origine épidémique, que la place faite n'ouvre pas de brèche profonde et qu'en agissant proprement il n'y a nulle chance de mécompte.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par le Dr Ducourtioux).

Mme G... Marcelle, 33 ans.

Présente des kystes sébacés multiples, de volume à peu près égal, du cuir chevelu et de la face.

Le 7 mai 1932, première intervention sur les kystes du cuir chevelu.

Le 14 mai, deuxième intervention sur ceux de la face, toujours selon la technique du Dr Sabouraud.

1^{er} TEMPS. — Ouverture au devant de la poche avec la pointe du galvanocautère.

2^e TEMPS. — Décollement avec la sonde cannelée.

3^e TEMPS. — Avulsion de la poche en entier et en un temps, attouchement de la cavité kystique à la teinture d'iode.

La première intervention au cuir chevelu a été facile en raison du plan de clivage naturel des tissus, la seconde beaucoup plus difficile en raison de poussées inflammatoires subaiguës ayant créé des adhérences du kyste aux tissus de voisinage.

OBSERVATION II

(Communiquée par le Dr Ducourtroux).

Mme A... Marie, Journalière, 32 ans.

Se présente à la consultation le 15 juin 1932 pour kyste sébacé ayant apparu à la période de puberté en 1915 et ayant subi un accroissement notable depuis 1930.

A l'examen, kyste du volume d'une grosse noisette siégeant au-dessous de l'angle externe œil gauche, mobile dans tous les sens, peu douloureux, entraînant une descente légère mais constante de la paupière inférieure.

22 juin 1932, intervention suivant technique du Dr Saboraud. Incision au galvano-cautère dans le pli cutané passant au-dessous angle externe de l'œil.

Dlssection de la poche.

Evacuation du kyste. Avulsion.

La malade est revue 2 mois après avec un résultat esthétique parfait. Petite cicatrice linéaire disparaissant à peu près complètement dans les plis cutanés de la paupière inférieure.

OBSERVATION III

(Communiquée par le Dr Ducourtroux).

M. H... Eugène. Vendeur, 48 ans.

Se présente à la consultation le 21 juin 1932 pour petit kyste de la lèvre supérieure du volume d'un gros pois.

Anesthésie locale à la novocaïne.

Electrocoagulation le 22 juin 1932.

Electrocoagulation le 25 juin 1932.

Guérison parfaite.

OBSERVATION IV

(Communiquée par le Dr Ducourtroux).

Mme P... Germaine, 37 ans.

Le 24 juin 1932 vient consulter pour 2 loupes du cuir chevelu de la grosseur d'une noisette.

La première sur la ligne médiane à 4 cm. de la suture occipito-frontale, la deuxième dans la région temporale droite.

Le début de ces 2 tumeurs est très lointain, le volume est resté stationnaire, légère douleur spontanée, mais plus intense à la pression.

24 juin 1932, intervention selon la technique du Dr Sabouraud, intervention sans anesthésie, absolument indolore et facile étant donné le plan naturel de clivage du cuir chevelu.

Iodage de la cavité.

La malade est revue 1 mois après, résultat esthétique parfait.

OBSERVATION V

(personnelle).

Pierre W..., Jeune soldat, 21 ans.

Vient consulter pour tumeur siégeant à la partie supérieure du bord spinal de l'omoplate droite, qui le gêne et le fait souffrir principalement quand il porte le sac.

A l'examen, kyste sébacé du volume d'une noix, légèrement douloureux, peu mobile, douleur assez nette à la pression.

Le 24 août 1932, intervention selon la technique du D^r Sabouraud.

Anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

Le deuxième temps de décollement est rendu assez difficile par suite d'adhérences survenues probablement en fin de poussées inflammatoires subaiguës dont le malade fait mention à l'interrogatoire.

Troisième temps. Avulsion en entier de la poche.

Mais étant donné le volume de ce kyste et pour éviter la suppuration ultérieure, nous avons pratiqué l'exérèse d'un fragment cutané en quartier d'orange.

Un point de suture, suites normales.

Un mois après, résultat esthétique parfait.

OBSERVATION VI

(Communiquée par D^r Gallois, *Journal de Médecine de Paris*,
15 nov. 1928).

M. B. J. 25 ans, célibataire, présentait allongement partie post. limbe du prépuce constituant un véritable appendice à l'extrémité de la verge. Dans cet appendice on sentait masse arrondie, lisse, peu adhérente, volume d'une noisette — date d'apparition inconnue, mais allant toujours, en grossissant — indolore mais inesthétique et éparpillant l'urine au moment des mictions.

Diagnostic : Kyste sébacé du prépuce.

Intervention. — Section du pédicule, en prévision des difficultés à faire les sutures et à coapter exactement la face muqueuse et la face cutanée du prépuce, des fils d'attente furent placés d'avance avant de pratiquer l'incision.

Anesthésie locale à la cocaïne, section du pédicule. sutures, dermatol.

Suites opératoires très simples : le 5^e jour les fils tombèrent d'eux-mêmes, le 6^e jour le malade partait en voyage.

Cette observation est intéressante à cause de la rareté des kystes sébacés du prépuce et des quelques particularités de l'exérèse.

OBSERVATION VII

(Communiquée par Dr Le Roy des Barres (Hanoï). Extrait des *Bulletins et Mémoires Société Nationale de chirurgie*. Tome IV, n° 20, 15 juin 1929).

Malade 33 ans présentant volumineux Kyste sébacé à la partie supérieure région occipitale, avec également une autre tumeur sébacée du volume d'un œuf d'oie, partie supérieure du sternum.

La tumeur du crâne existait au moment de la naissance et avait à ce moment-là le volume d'un haricot. La tumeur sternale remontait à une dizaine d'années.

Extirpation des tumeurs, suites normales.

A noter que la table externe de l'occipital, sur la largeur d'une petite paume de main correspondant à l'insertion de la tumeur, était excavée.

OBSERVATION VIII

(Publiée par le Dr L. Heurotay, *Société Belge de gynécologie et d'obstétrique*, 5 mars 1927).

Présente l'observation d'une femme enceinte chez laquelle l'examen a révélé la présence d'un Kyste très volumineux de la glande de Bartholin barrant la vulve chez cette femme enceinte de 8 mois.

Ce Kyste était situé dans la zone des corps caverneux du clitoris et du bulbe du vagin.

Intervention. — Anesthésie générale au chloroforme, exérèse totale du Kyste, par une incision circonscrivant la glande enkystée.

A l'examen, il s'agissait d'un Kyste par oblitération du canal excréteur.

Certains auteurs ont conseillé dans les cas semblables l'injection de paraffine dans le kyste après ponction. Cette façon de faire faciliterait singulièrement l'extirpation. Quoiqu'il en soit cette observation paraît illustrer la théorie classique des Kystes sébacés par rétention et dilatation.

OBSERVATION IX

(Publiée par les D^{rs} Sézary et Lévy Goblentz,
Société de Dermatologie et de Syphiligraphie,
15 janvier 1931).

Mme L..., 48 ans, venait consulter par asthénie datant de plusieurs mois. De plus présentait une éruption de lésions kystiques extrêmement nombreuses.

L'aspect général, à première vue, est celui d'une maladie de Recklinghausen. En effet, les téguments du tronc, du cou, des membres supérieurs sont bosselés par d'innombrables tumeurs plus ou moins saillantes, mais un examen plus attentif permet d'écarter ce diagnostic.

Sur le front, à la limite du cuir chevelu, on voit huit tumeurs, dont la plus petite du diamètre d'une tête d'épingle en verre, forme une tache jaune chamois, à peine saillante, ressemblant à un petit élément de xanthome plan, tandis que la plus volumineuse, du volume d'un noyau de cerise, est enchâssée dans le derme et recouverte par une peau distendue avec un point jaune au sommet.

Sur la tempe droite, se trouvent trois tumeurs semblables, mais en forme de galet, du diamètre d'un gros pois.

Sur le cou et la nuque, une vingtaine de tumeurs dont la plus volumineuse est grosse comme une petite cerise. Ces tumeurs plus profondes que celles déjà décrites, sont recouvertes d'un épiderme de coloration normale qui est d'autant plus indépendant des tumeurs que celles-ci sont plus profondes. En effet, impossible à plisser sur les plus superficielles, l'épiderme glisse facilement sur les autres, qu'on peut rouler sous les doigts comme des ganglions durs et mobiles.

Sur la nuque un volumineux *nœvus* pigmentaire fait saillie.

Sur le tronc on voit ou l'on aperçoit à la palpation, une quantité innombrable de tumeurs dont les dimensions varient depuis celles d'un grain de mil jusqu'à celles d'une noisette. L'éruption marque une préférence pour les creux axillaires où elle est extrêmement fournie surtout à la partie

supérieure du tronc. Elle est bigarrée de nombreuses cicatrices un peu déprimées correspondant à des kystes disparus après évacuation spontanée de leur contenu.

Sur les membres, l'éruption est discrète. Les tumeurs y sont rares et plus volumineuses.

Deux petites tumeurs dans la peau du sourcil gauche.

De chaque côté de la racine du nez, deux petites tumeurs ressemblant à des kystes sebacés. Pas de xanthelasma palpébral.

Le reste de la face est indemne.

A noter un nævus hypertrichosique en regard du milieu de la branche gauche du maxillaire inférieur.

Dans la région rétro-auriculaire gauche, on trouve sur la peau du crâne trois tumeurs plates, faisant une saillie de 1 à 2 mm. — du diamètre de 4 à 6 mm. — de couleur jaune pâle, dures, mobiles sur le plan profond, ressemblant à du xanthome papuleux. Sur la peau de l'oreille gauche, on voit deux éléments semblables mais très petits.

L'oreille droite présente des lésions analogues mais plus importantes. Neuf tumeurs occupent la région rétro-auriculaire dans toute sa hauteur. La plus volumineuse est grosse comme un noyau de cerise.

Sur le cuir chevelu les lésions sont plus rares. On y trouve quatre tumeurs dont la plus volumineuse forme comme un gros grain de plomb enchassé dans le derme. Elles sont recouvertes de cheveux normaux.

L'examen chimique du sang donne :

Lipoïdes totaux	11 gr. 20
Cholestérine	1 gr. 96
Acides gras totaux	4 gr. 60
Calcium	0 gr. 104

C'est à l'âge de 25 ans qu'ont été survenues les premières tumeurs sur le thorax. L'évolution des nodules est progressive et indolore. Après une période d'augmentation les tumeurs se stabilisent et n'ont aucune tendance à la regression. Cependant certaines se mettent à grossir rapidement, la peau qui les recouvre s'amincit, rougit et finit par donner passage à un liquide sirupeux jaune qui s'écoule à travers un petit pertuis ; rapidement une cicatrice remplace la lésion.

La malade a beaucoup maigri depuis quelques mois.

La mère de la malade a présenté un assez grand nombre de tumeurs analogues, elle est morte depuis une trentaine d'années.

Trois frères et sœurs sont indemnes de lésions semblables.

La malade a trois enfants dont l'aîné âgé de 24 ans, a des lésions analogues.

Etude chimique du contenu des tumeurs. — Matière pâteuse, homogène, ressemblant à de la cire jaune fondue.

Eau.....	4,9 %
Matières protéiques.....	3,1 %
Cholestérine.....	4,15 %
Acides gras.....	87,8 %
Matières grasses.....	87,8 %

Examen histologique. — On voit dans le derme des kystes plus ou moins complexes. Les plus simples sont formés par une cavité ovale tapissée d'épithélium pavimenteux stratifié et remplies de cellules cornées desquammées. Les plus complexes sont constituées par une cavité kystique semblable, à laquelle sont annexées des glandes

sébacées qui déversent leur produit de sécrétion à l'intérieur de la poche. Parfois des cellules sébacées forment une partie de la paroi, dans certains kystes nous avons distingué des poils follets.

Les coupes de ces tissus inclus à la paraffine ne permettent pas d'étudier la substance grasse dissoute par les opérations successives nécessaires à l'inclusion.

L'image histologique est comparable à celle du kyste épidermique qui se forme quand un fragment viable d'épithélium est accidentellement ou expérimentalement inclus dans le derme. Toutefois dans le cas de cette malade, ni le traumatisme, ni l'inflammation ne peuvent expliquer la formation d'aussi nombreux kystes épidermiques.

L'hérédité à travers trois générations suggère nettement l'hypothèse d'une malformation congénitale.

OBSERVATION X

(Communiquée par les Professeurs Portmann et Teulières, *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, n° 4, 28 fév. 1931).

Kyste sébacé intra-sinuso-orbitaire.

Malade, 34 ans, présentant exophtalmie en bas et en avant, aucune modification de la motricité oculaire, aucun trouble du fond de l'œil, mais un déplacement très marqué du globe oculaire, qui semblait repoussé par une tumeur siégeant au niveau du plafond de l'orbite.

La palpation révélait une arcade orbitaire normale immédiatement au-dessous ; par contre, on percevait avec le doigt

une tuméfaction intra-orbitaire arrondie, paraissant lisse d'aspect et rénitente.

La palpation au-dessus de l'arcade ne révélait rien d'anormal. Une radiographie montrait des sinus frontaux clairs, mais avec destruction de la paroi inférieure du sinus frontal gauche et de la paroi supérieure de l'orbite. Un flou siégeant à ce niveau faisait penser à une tumeur de la dimension d'une grosse noix ayant envahi une partie du sinus frontal et une partie de l'orbite.

A l'examen rhinologique, fosses nasales normales avec quelques sécrétions dans la région du méat moyen gauche.

La diaphanoscopie confirma le diagnostic radiologique avec cependant une luminosité du sinus frontal gauche un peu diminuée par rapport au côté droit.

Intervention. — Anesthésie générale au chloroformé.

Incision commençant au niveau de la commissure palpébrale interne et remontant le long du sourcil, jusqu'à l'angle externe de l'œil. Plan osseux dégagé.

Trépanation comme pour une sinusite frontale.

Le sinus est ouvert, on trouve sa muqueuse un peu épaissie. Sa paroi inférieure détruite laisse passer une tuméfaction lisse qui semble provenir de l'orbite.

On trouve assez facilement un plan de clivage à la tumeur mais au cours de cette manœuvre elle se rompt et à travers cet orifice passe une énorme quantité de matière sébacée. Il s'agit donc bien de kyste sébacé intra-sinuso-orbitaire.

On enlève la totalité de la poche qui s'étend en arrière jusqu'au sommet de l'orbite, au voisinage du trou optique.

En haut et en dehors, ce kyste a repoussé la table interne, créant de véritables géodes, dont l'une s'étend jusqu'à l'aplomb de l'angle externe de l'orbite. L'arcade sus-orbitaire est dégagée. On décolle le contenu orbitaire de haut en bas. On aperçoit alors une tuméfaction volumineuse, qui a détruit la presque totalité de la paroi supérieure de l'orbite et se continue par celle constatée dans le sinus.

Cette tuméfaction qui a un aspect blanc jaunâtre est absolument lisse. La palpation bidigitale donne une sensation de fausse fluctuation. Il est impossible de l'énucléer soit par voie frontale, soit par voie orbitaire sans enlever une partie de l'arcade sus-orbitaire. Celle-ci est réséquée sur 2 centimètres environ au niveau de sa partie médiane ; on ne touche pas à la muqueuse du sinus frontal.

Mise en place de gaze iodoformée.

Suture.

Ce cas nous semble assez intéressant d'abord par sa rareté, mais aussi par son étiologie. Il est en effet exceptionnel de constater la présence d'un kyste sébacé intra-sinusien, ou tout au moins ayant pénétré dans le sinus après usure de la paroi osseuse. C'est justement le cas chez notre malade.

Ce kyste a évidemment un point de départ orbitaire, et, ne trouvant pas dans l'orbite la place suffisante à son développement, il a usé peu à peu, par pression excentrique, la paroi supérieure de l'orbite et a pénétré ainsi dans le sinus frontal. Le recessus que nous avons noté en haut et en dehors

était l'amorce d'une pénétration dans la cavité crânienne.

Quelle peut être l'origine d'un tel kyste ? Deux hypothèses doivent être envisagées, soit une inclusion embryonnaire, soit une inclusion traumatique.

Nous inclinons plutôt vers la deuxième hypothèse, la malade ayant insisté sur la chute qu'elle dit avoir faite il y a 14 ans, et sur l'apparition un an après, d'une exophtalmie apparente.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes sébacés résultent non seulement de la distension du canal sébacéo-pilaire et accumulation de produits de sécrétions inertes, mais également de l'évolution de bourgeons épidermiques inutilisés qui normalement doivent donner naissance aux glandes sébacées. La conception classique qui en faisait uniquement des tumeurs par rétention doit donc être élargie et modifiée.

II. — Les kystes sébacés sont héréditaires et multiples. Les frottements répétés, les irritations continues, la malpropreté ont été incriminés.

III. — La cavité kystique est entourée d'une paroi conjonctive mince, de consistance semi-cartilagineuse, tapissée à son intérieur par un épithélium pavimenteux stratifié qui fabrique et renouvelle son contenu. La cure radicale des kystes sébacés est donc dominée par l'exérèse radicale et complète de cette membrane.

IV. — L'extirpation chirurgicale totale de la poche kystique avec suture des lèvres de la plaie

cutanée est simple et à la portée de tous. Cependant elle exige une anesthésie locale soignée, une instrumentation véritable ; c'est donc une petite intervention et quand il y a plusieurs kystes à enlever, ce qui est fréquent pour le cuir chevelu, c'est un procédé long, inesthétique et dénonciateur qui oblige le malade d'attendre le temps nécessaire à la repousse des cheveux. Il paraît utile de rappeler qu'il ne faut jamais pratiquer d'incision cruciale ; d'autre part dans certains cas l'anesthésie est superflue.

V. — Le traitement par électrolyse a donné de bons résultats mais il exige une instrumentation plus complexe que celle dont dispose en général le médecin praticien. Réglée dans ses détails par les D^{rs} Saidmann et Jean Meyer, elle constitue une bonne technique dans certains kystes.

VI. — Les injections intra-kystiques de xylol constituent un traitement efficace simple et peu coûteux. Le xylol possède à la fois : un pouvoir dissolvant immédiat du contenu ; — une action destructive sur l'assise épithéliale génératrice ; — une propriété irritatrice de la paroi conjonctive ; mais la réaction inflammatoire est souvent assez vive.

VII. — La technique opératoire du D^r Sabouraud permet à tout praticien d'agir et de débarrasser son malade pour toujours de son infirmité sans aucun

des inconvénients précités, avec le minimum de soucis et de peines. Cette méthode simple et élégante se réalise en trois temps principaux : ouverture avec la pointe mousse d'un galvano-cautère sans atteindre le kyste ; décollement à l'aide d'une sonde cannelée introduite entre la poche et le revêtement cutané ; avulsion. Le kyste étant dirigé vers l'orifice de ponction et la poche apparaissant à l'extérieur dans presque sa totalité, une simple traction ramènera la collection kystique en entier évitant ainsi toute récurrence. Il est tout à fait inutile de pratiquer un point de suture ; attouchement simple de la cavité à la teinture d'iode. Le résultat esthétique est parfait ; jamais de risques d'infections. Cette méthode est particulièrement indiquée pour les loupes du cuir chevelu ; très difficile à réaliser en cas de kystes infectés à cause des adhérences, mais possible. C'est donc une technique opératoire qui, par sa simplicité, son élégance, par le minimum d'appareillage, d'infections et d'insuccès qu'elle comporte doit retenir l'attention du médecin praticien.

Vu : le Président de thèse,
M. GOUGEROT.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Acquaoviva.* — Les Dermatoses inesthétiques, leur traitement par les agents physiques, 1931.
- Aynaud (M.).* — Kystes à demodex, kystes sébacés et abcès du mouton (Ann. Inst. Pasteur, 46, 306-319, March. 1931).
- Aurousseau.* — La pratique médico-chirurgicale, 3^e édition, t. VII, p. 1001-1003, 1931.
- Balzer.* — La pratique dermatologique, t. III, p. 485, 492, 1905.
- Benecke (E.).* — Ueber epithelioma auf. atheromen epidermoïde und dermoïdcysten der haut. (Trackfurt Ztschr. f. Patho., 42, 502-515, 1931).
- Bischhop (E. L.).* — Epidermoid carcinoma in sebaceous cysto (Ann. Surg., 93, 109-112, janv. 1931).
- Bordier.* — Diathermie et diathermo-coagulation, 1932.
- Brocq.* — Cliniques dermatologiques, 1924.
- Broders (H. C.) et Wilson (E.).* — Keratoma lesion often mislaken for sebaceous cyst. (S. Clin. North. America, 10, 127-130, Fébr. 1930).
- Csillag.* — Wesen der secundarer epidermidolein gysten (Arch. für Dermat. und. syph., p. 253, 1900).
- Darier.* — Précis de Dermatologie, 1928.

Ferreira (Junior) et Garaude. — Kystes sébacés généralisés simulant une maladie de Recklinghausen (Brazil Med., 18 déc. 1926).

Fischer (Emmerich). — Eine neue operations methode des Atheronis (Arch. f. Klin. chirurg., 150-549, 1928).

Forgue (E.). — Précis de Pathologie externe, 1928.

Fujavara (A.). — Beitrag zur Zenntnis der follikularzyste (O Kayama Tgakhai. Zasshi, 40, 2066, oct. 1928).

Gallois (P.). — Communication à la Société médicale du VIII^e arrondissement : kyste sébacé du prépuce (Journal de Médecine de Paris, n^o 46, 15 novembre 1928, p. 92).

Gaston de Marmy. — Thèse de Paris, juill. 1895.

Gougerot. — La Dermatologie en clientèle, 1932.

Hayward. — Chirurgisches konsilium chirurgische indikations stellung fur den praktischen Arzt. (Med. klin., 26, 668-669, may 2, 1930),

Heurotay, Beckers, Keijfer, Huet. — Kyste de la glande de Bartolin (Brux. Méd., p. 645, 192).

Heuryer, Darier. — Bullet. Soc. française Dermat., p. 143-146, 1890.

Kænig. — Anatomie des kystes dermoïdes et sébacés de la peau (Arch. fur Klin. Chir., XLVIII).

Lenoir. — Atlas des maladies de la peau, 1893.

Lill. — Kystes sébacés (The American Jour. of. Surg., N.-Y., t. VIII, n^o 2, févr. 1930, p. 364).

Levit (S.). — On heredity of atheroma (J. Hered., 22, 3-5, Jan. 1931).

Levy (S.). — Zur Behandlung von Atherom und Dermoïde-

zyste (Munchen. Med.-Wchnschr., 77, 1030-1031, June 13, 1930).

— Comment. by Francke, 77, 1277, July 25, 1930.

— Reply by Levy, 77, 1845-1846, Oct. 24, 1930.

Leroy des Barres. — Volumineux kyste sébacé du cuir chevelu (Bull. et mémoire de la Société Nat. des chir., n° 20, p. 831, juin 1929).

Lacroix et Audrv. — Midi Médical, 19 nov. 1892.

Malfassi (M. C.). — Dos quistes sebaceos enormes del cuero cabelludo (Semana med., 1, 366-367, febr. 9, 1893).

Marchadier. — Kystes dermoïdes du raphé. Thèse de Paris, 1928.

Masse. — Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes. Masson, édit., Paris, 1885.

Micault. — Tumeurs perlées des doigts. Thèse de Nancy, 1883.

Morson (A. C.) et Lane (C. R.). — Case of sebaceous cyst. undergoing malignat changes (Lancet, 2, 817, Oct. 19, 1929).

Mukai (T.). — Ueber multiple Follikularcyste und Miluin (Acta dermat., 17, 351-355, 1931).

Mukerjee (P.). — Case of sebaceous horn. (Indian M. gaz., 67, 22, 1932).

Ormsby (O. S.), Fumerund (C. W.). — Steatocystoma multiplex (Arch. Dermat. et Syph., 22, 822-832, nov. 1930).

Portmann et Teulières. — A propos d'un cas de kyste sébacé intra-sinuso-orbitaire (Revue de Laryngo-

logie, d'Otologie et de Rhinologie, n° 4, 52^e année, 28 février 1931).

Portmann et Teulières. — A propos d'un cas de kyste sebacé intra sinuso-orbitaire (Revue d'Oto-Neuro-Opht., juin 1931, n° 6, p. 453, t. IX).

Reverdin (H.). — Les kystes épidermiques des doigts (Revue médicale de la Suisse Rom., 1887, p. 121-167).

Sabouraud. — Dermatologie topographique, 1905. Entretiens dermatologiques, 1913.

Saidmann et Meyer. — Petite clinique dermatologique, 1931.

Simon (Clément). — Lettre V à un médecin praticien sur la Dermatologie et Vénéréologie.

Sergent. — Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée, t. XXI, 1930.

Sézary. — Précis de Dermatologie, 1931.

Sézary et Levy-Coblentz. — Eruption profuse de kystes épidermiques à contenu corné ou sebacé et héréditaires, maladie polykystique épidermique héréditaire (Bullet. Sociét. franç. de Dermat. et Syph. 38, 37-41, jan. 1931).

Suldey (E. W.). — Cure radicale des kystes sébacés (Gaz. hebd. des Sc. Médicales de Bordeaux, 9 janv. 1927).

— Traitement des kystes sébacés par le Xylol (Siècle Médical, 1^{er} octob. 1927).

— Cura radicale de os quistes sebacos. per el xilol (El Englo Medico, 13 octobre 1928, p. 361).

— Traitement des kystes sebacés par le Xylol (Carnet Médical français, jan. 1928, p. 1775).

Unna. — Histologie des Maladies de la peau.

Valias Ko (C. A.) — Atheroma (sebaceous cyst) of skin as morphologie sign of predispositon to cancer (Omsky M. J., n^{os} (3-4), 4, 51-53, 1929).

Witt (N.). — Post operative sebaceous cyst. in regio mastoïdis (Acta Oto-Laryng., 12, 516, 1928).

